

<p>Patient ID Number : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>Initials : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>Date of Birth : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Day Month Year (example: 01-JAN-2007)</p>	<p>Date:</p> <p><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Day Month Year (example: 01-JAN-2007)</p> <p>Week:</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </p> <p style="text-align: center; font-size: small;">(circle that which applies)</p>	
---	--	---

Пожалуйста, прочтите каждое утверждение и обведите кружочком номера 0, 1, 2, 3, обозначающие, какое утверждение отвечало Вашему состоянию *на прошлой неделе*. Тут нет ни правильных, ни неправильных ответов. Не тратьте слишком много времени ни на одно утверждение.

Шкала оценок:

- 0 Вообще не относится ко мне
- 1 Относилось ко мне до некоторой степени или некоторое время
- 2 Относилось ко мне в значительной мере или значительную часть времени
- 3 Относилось ко мне полностью или большую часть времени

1 Мне было трудно сбросить напряжение	0	1	2	3
2 Я ощущал/а сухость во рту	0	1	2	3
3 Я вообще не испытывал/ла никаких положительных чувств	0	1	2	3
4 Я ощущал/а, что мое дыхание затруднено (напр. чрезвычайно быстрое дыхание, одышка в отсутствие физических нагрузок)	0	1	2	3
5 Мне было трудно заставить себя сделать что-либо.	0	1	2	3
6 Я был склонен/на слишком сильно реагировать на ситуацию	0	1	2	3
7 Я ощущал/а тремор (напр. в руках)	0	1	2	3
8 Я чувствовал/ла, что трачу слишком много нервной энергии	0	1	2	3
9 Меня беспокоили ситуации, в которых я могу поддаться панике и вести себя глупо.	0	1	2	3
10 Я чувствовал/а, что у меня нет ничего впереди	0	1	2	3
11 Я чувствовал/а растущее волнение.	0	1	2	3
12 Мне было трудно расслабиться	0	1	2	3
13 Я чувствовал/а упадок духа и меланхолию	0	1	2	3
14 Я нетерпимо относился/лась ко всему, что мешало мне заниматься тем, что я делаю	0	1	2	3
15 Я ощущал/а, что я близок/ка к панике	0	1	2	3
16 Я не в состоянии проявлять энтузиазм по отношению к чему-либо	0	1	2	3
17 Я чувствовал/а, что немного стою как личность	0	1	2	3
18 Я чувствовал/а, что был/а весьма раздражителен/льна	0	1	2	3
19 Я замечал/а, что происходит с моим сердцем без всяких физических нагрузок (напр. ощущение усиливающегося сердцебиения или пропущенного удара)	0	1	2	3
20 Я ощущал/а беспричинный страх	0	1	2	3
21 Я чувствовал/а, что жизнь бессмысленна	0	1	2	3